Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/1227

28. 04. 95

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Heidi Knake-Werner, Petra Bläss, Dr. Gregor Gysi und der Gruppe der PDS — Drucksache 13/1034 —

Umsetzung der Pflegeversicherung

In den Medien wird wenige Tage vor Beginn der Leistungserbringung durch die Pflegeversicherung auf vielfältige, gravierende Probleme und Unzulänglichkeiten bei der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes hingewiesen. So ist absehbar, daß ein Großteil der Antragsteller zum 1. April 1995 keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten wird, weil der Antrag noch nicht bearbeitet werden konnte. Hinzu kommen ungelöste Abgrenzungsfragen zum Bundessozialhilfegesetz sowie eine vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Norbert Blüm, geforderte restriktive Begutachtungspraxis. Behinderten- und Sozialverbände haben bereits angekündigt, wegen der Ausgrenzung behinderter Menschen aus dem Leistungsspektrum der Pflegeversicherung sowie der häufig strittigen Einordnung in die Pflegestufen vor Gericht zu klagen. Bei über 20 Prozent abgelehnter Anträge ist mit einer Prozeßflut zu rechnen.

Wir fragen deshalb die Bundesregierung:

1. Wie viele Anträge auf Leistungen nach der Pflegeversicherung sind bisher gestellt und bearbeitet worden, und wie gestaltet sich die Einordnung der Antragstellerinnen und Antragsteller in die Pflegestufen? (Bitte differenziert nach Monaten, Ländern und gesamt)

Die Zahl der Anträge auf Leistungen der Pflegeversicherung lag Ende März bei rund 994 000 (Neuanträge und Umstufungsanträge aus dem Bestand der Leistungsempfänger nach dem SGB V). Von dieser Gesamtzahl der Anträge wurden bis Ende März rd. 384 000 durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen begutachtet.

Die Antragssituation und die Zuordnung zu den einzelnen Pflegestufen in den Monaten Januar, Februar und März 1995 sieht wie folgt aus:

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 26. April 1995 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Begutachtungen – Stand: 31. Januar 1995

Anträge insgesamt	davon bearbeitet	Einstufung Stufe I	Stufe II	Stufe III	abgelehnt
502 522	125 785	27 937	31 406	13 619	18 539

Begutachtungen – Stand: 28. Februar 1995

Anträge insgesamt	davon bearbeitet	Einstufung Stufe I	Stufe II	Stufe III	abgelehnt
767 820	229 948	72 108	72 282	33 716	51 842

Begutachtungen – Stand: 31. März 1995

Anträge insgesamt	davon bearbeitet	Einstufung Stufe I	Stufe II	Stufe III	abgelehnt
994 127	383 929	118 743	114 009	52 702	96 411

Die Zahl der bearbeiteten Anträge liegt teilweise über der Zahl der Einstufungen und Ablehnungen. Ursache dafür sind teilweise unvollständige Meldungen.

Die Zahl der Anträge bei den Medizinischen Diensten der Krankenkassen verteilt sich wie folgt:

Eingegangene Anträge	bis 31. März 1995
Baden-Württemberg	110 083
Bayern	128 065
Berlin	48 779
Brandenburg	30 601
Bremen	8 632
Hamburg	22 633
Hessen	61 880
Mecklenburg-Vorpommern	28 918
Niedersachsen	90 220
Nordrhein	88 127
Rheinland-Pfalz	39 458
Saarland	10 752
Sachsen	67 307
Sachsen-Anhalt	36 851
Schleswig-Holstein	19 372
Thüringen	32 547
Westfalen-Lippe	97 523
Bundesknappschaft	59 775
Seekasse	852
Bundesbahn	11 752
Gesamt	994 127

2. Wie vielen Anträgen wurde entsprochen, wie viele wurden mit Rückstufungen genehmigt, und wie viele wurden aus welchen Gründen (bitte nach Hauptgruppen konkret) abgelehnt?

Ab dem 1. April 1995 erhalten rd. 1 Million Pflegebedürftige Leistungen aus der Pflegeversicherung. Dabei handelt es sich um Pflegebedürftige, die entweder höhere Leistungen als bisher oder erstmals Leistungen überhaupt erhalten.

Rund 700 000 Schwerpflegebedürftige, die bisher nach den Regelungen des SGB V von den Krankenkassen 400 DM oder Sachleistungen bis zu 750 DM monatlich erhalten haben, wurden ohne Antrag und ohne Begutachtung in die Pflegestufe II übernommen und beziehen nun ab 1. April 1995 800 DM Pflegegeld oder Sachleistungen bis zu 1 800 DM. Rund 300 000 neue Antragsteller beziehen erstmals Pflegeleistungen.

Die vorläufige Statistik der Medizinischen Dienste sieht bisher keine Differenzierung nach Ablehnungsgründen vor, da allein das Fehlen von mindestens erheblicher Pflegebedürftigkeit Grundlage der Ablehnung ist. Festzustellen ist, daß in den Monaten Februar und März 1995 zunehmend Anträge gestellt wurden, obwohl nur ein Bedarf an hauswirtschaftlicher Versorgung besteht, der keinen Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung auslöst.

Die gegenwärtige Ablehnungsquote bei Anträgen beträgt im (Bundes-)Mittel ca. 25 %. Es ist davon auszugehen, daß die Ablehnungsquote bei den erst in den Monaten Februar und März 1995 gestellten Anträgen deutlich höher liegen wird.

3. Wie gestaltet sich die Alters- und Geschlechtsstruktur der Antragstellerinnen und Antragsteller der Pflegepersonen sowie der Ablehnungen?

Der Bundesregierung liegen gegenwärtig keine Angaben zum Alter und Geschlecht der Antragsteller, der Pflegepersonen sowie der abgelehnten Antragsteller vor.

4. Wie ist der Stand der Einnahmen der Pflegekassen im Monat, und welche Summen stehen für die konkrete Pflege, das heißt abzüglich der Verwaltungs- und Organistionskosten, zur Verfügung?

Den Pflegekassen stehen monatlich 1,45 Mrd. DM Einnahmen zur Verfügung, im Jahr 1995 insgesamt 17,45 Mrd. DM. Zugrundegelegt wird hier – mit geringfügigen Abweichungen – die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung multipliziert mit dem Beitragssatz von 1 %. Da die Pflegekassen einen reibungslosen Beitragseinzug sichergestellt haben, steht fest, daß diese Einnahmen den Pflegekassen auch tatsächlich zufließen. Die Einnahmesituation wird regelmäßig von den Kassen im Rahmen des Finanzausgleichsverfahrens an das Bundesversicherungsamt gemeldet; das Ergebnis der ersten Meldung wird Ende April vorliegen.

Die Pflegeversicherung unterhält keinen eigenen aufwendigen Verwaltungsapparat, es werden vielmehr die Organisations- und Verwaltungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung genutzt. Dafür zahlt die Pflegeversicherung der gesetzlichen Krankenversicherung eine Verwaltungskostenpauschale und beteiligt sich zu 50% an den Kosten des Medizinischen Dienstes. Im Jahre 1995 werden dafür insgesamt 0,83 Mrd. DM aufgewendet, also 0,07 Mrd. DM pro Monat.

5. Welche Konsequenzen ergeben sich aus der Gegenüberstellung der Einnahmesituation der Pflegekassen und der beantragten Leistungen für die Leistungserbringung nach dem Pflegeversicherungsgesetz?

Die zu erwartenden Ausgaben der Pflegekassen halten sich im Rahmen der im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens vorgenommenen Schätzungen. Es ergeben sich also z. Zt. keine Konsequenzen für die Leistungserbringung.

6. Wie begründet die Bundesregierung, daß wichtige Verordnungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung, zum Beispiel die Pflegebedürftigkeitsrichtlinie, erst im Januar 1995 vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung endgültig beschlossen worden sind?

Bei den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien handelt es sich nicht um eine Rechtsverordnung der Bundesregierung, sondern um eine Verwaltungsrichtlinie der Spitzenverbände der Pflegekassen, die der Genehmigung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung bedarf.

Die Genehmigung der von den Spitzenverbänden der Pflegekassen beschlossenen „Pflegebedürftigkeitsrichtlinien" durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung ist nach Recht und Gesetz erfolgt. Die gesetzmäßigen Voraussetzungen für die Durchführung des Genehmigungsverfahrens lagen erst mit dem Inkrafttreten der Regelung des § 17 Abs. 2 SGB XI am 1. Januar 1995 und dem Schreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 9. Januar 1995, mit dem der Antrag auf Genehmigung der Pflegebedürftigkeitsrichtlinie in der Fassung vom 7. November 1994 gestellt wurde, vor. Die Genehmigung durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung wurde am 10. Januar 1995 erteilt, also neun Tage nach dem Inkrafttreten der gesetzlichen Grundlage und einen Tag nach Eingang des Antrags der Spitzenverbände.

Unabhängig von dem am 10. Januar 1995 abgeschlossenen Genehmigungsverfahren sind die „Pflegebedürftigkeitsrichtlinien" in der genehmigten Fassung bereits seit Ende November 1994 im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung Grundlage für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungsgesetz durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherungen in den Bundesländern gewesen.

7. Welche Ursachen sieht die Bundesregierung in der hohen Zahl nicht rechtzeitig bearbeiteter Anträge auf Pflegeleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz?

Wie bereits zur Frage 2 ausgeführt, haben rd. 1 Million Pflegebedürftige pünktlich am 1. April 1995 ihre Leistungen von der Pflegeversicherung erhalten.

Bei Beginn der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung am 1. April 1995 standen noch rd. 600 000 Neu- und Umstufungsanträge zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung an. Hauptursache hierfür ist, daß allein in den Monaten Februar und März 1995 über 400 000 Anträge gestellt worden sind, obwohl bereits Mitte 1994 sowohl von seiten des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung als auch von seiten der Krankenkassen und anderer Institutionen immer wieder auf eine frühzeitige Antragstellung (noch im Jahr 1994) hingewiesen worden ist. Wer trotz dieser Hinweise seinen Antrag erst im Februar oder März 1995 gestellt hat, der mußte damit rechnen, daß er nicht zu den ersten gehören konnte, die Leistungsbescheide nach dem Pflege-Versicherungsgesetz erhielten.

Nur zu einem geringen Teil sind die bis zum 1. April 1995 noch nicht durchgeführten Begutachtungen auf organisatorische Defizite und personelle Engpässe bei den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung in den Bundesländern zurückzuführen. Diese Anlaufschwierigkeiten sind aber angesichts der Dimension der zu bewältigenden Aufgabe, nämlich eine neue Versicherung für die rd. 81 Millionen Einwohner der Bundesrepublik Deutschland durchzuführen und Leistungen für rd. 1,2 Millionen zu Hause versorgte Pflegebedürftige zu erbringen, nicht überraschend. Die Mitarbeiter der Medizinischen Dienste haben es geschafft, innerhalb von dreieinhalb Monaten einen Personenkreis von der Größe einer Großstadt wie Wuppertal zu begutachten. Dies ist eine große Leistung, die gewürdigt und anerkannt werden muß.

Da die Medizinischen Dienste ab April 1995 rd. 150 000 Begutachtungen pro Monat vornehmen können, wird der Abbau des Begutachtungsstaus von rd. 530 000 Anträgen noch etwa drei Monate in Anspruch nehmen. Diese Verzögerung ist jedoch für die Pflegebedürftigen wegen der Möglichkeit der Pflegekassen, Geldleistungen rückwirkend zu zahlen, finanziell nicht von Schaden.

8. Wie gestaltete sich in den vergangenen Jahren die Antragstellung und Antraggewährung auf Pflegeleistung nach den §§ 53 bis 57 SGB V? (Bitte die Antragstellungen und -gewährungen 1994 im monatlichen Verlauf, nach Ländern und nach Leistungsumfang darstellen.)

Die Statistik der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung liefert keine Daten über Antragstellung und Antragsgewährungen im Monatsverlauf bei Leistungen nach §§ 53 bis 57 SGB V; damit liegen der Bundesregierung zur Zeit keine entsprechenden amtlichen Daten vor.

9. Wie viele Anspruchsberechtigte nach der Pflegeversicherung gehen einer Erwerbsarbeit nach und sind aufgrund der Rechtsauffassung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung gezwungen, sich zwischen Pflegeleistung oder Erwerbstätigkeit zu entscheiden?

Die Erwerbstätigkeit eines Pflegebedürftigen i. S. des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) läßt den Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung unberührt. Der Pflegebedürftige muß sich deshalb nicht zwischen seiner Erwerbstätigkeit oder der Inanspruchnahme von Sach- oder Geldleistungen der Pflegeversicherung entscheiden. Zahlen, wieviele Pflegebedürftige einer Erwerbstätigkeit nachgehen, liegen der Bundesregierung nicht vor; solche Erhebungen sind auch von den Pflegekassen nicht beabsichtigt.

10. Wie bewertet die Bundesregierung angesichts der überdurchschnittlich hohen Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter die Tatsache, daß das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bei behinderten Menschen, die einer Erwerbsarbeit nachgehen, „Zweifel am Hilfebedarf im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes" geltend macht?

Die Arbeitslosenquote bei Behinderten steht in keinem Zusammenhang mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungsgesetz. Die Leistungen der Pflegeversicherung setzen einen Hilfebedarf auf Dauer bei den täglich anfallenden Verrichtungen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung oder Mobilität und zusätzlich mehrfach Hilfe in der Woche bei hauswirtschaftlicher Versorgung voraus. Der Hilfebedarf muß in erheblichem oder höherem Maße bestehen. Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit kann ein Indiz dafür sein, daß ein Hilfebedarf, wie er für Leistungen der Pflegeversicherung vorauszusetzen ist, nicht vorliegt. Im Rahmen der Begutachtung des Medizinischen Dienstes zur Feststellung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit und zur Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen kommt es allein auf den individuellen Hilfebedarf bei den gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens an. Die gutachterlichen Feststellungen sind folglich unabhängig davon zu treffen, ob eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird oder nicht. Mit der Arbeitslosigkeit des Schwerbehinderten hat die Frage der Pflegebedürftigkeit überhaupt nichts zu tun.

11. Wie bewertet die Bundesregierung unter Berücksichtigung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege die Ankündigung der Bundesvereinigung der AOK, die Gewährung von Rehabilitationsleistungen eher restriktiv zu entscheiden?

Eine Ankündigung des AOK Bundesverbandes, die Gewährung von Rehabilitationsleistungen eher restriktiv zu entscheiden, ist der Bundesregierung nicht bekannt und ist auch auf Rückfrage vom AOK Bundesverband nicht bestätigt worden.

Eine solche Haltung wäre auch angesichts der Tatsache, daß auf die Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation jetzt

ein Rechtsanspruch besteht (vgl. Artikel 4 Nr. 1 PflegeVG) nicht zu rechtfertigen.

12. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Problematik der Abgrenzung der Eingliederungshilfe (nach dem BSHG) von den Pflegeleistungen nach der Pflegeversicherung?

    Welche Vorstellungen hat die Bundesregierung zur machbaren Aufteilung der Kosten zwischen den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern, und auf welche Modelle und Vereinbarungen zwischen Pflegekassen und Sozialhilfeträger ist zu verweisen?

Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem BSHG und Leistungen der Pflegeversicherung können zusammentreffen, wenn Behinderte Hilfen zur medizinischen, beruflichen sowie insbesondere zur sozialen Eingliederung erhalten und dabei auch Pflegeleistungen benötigen. Eingliederungsmaßnahmen sind häufig die umfassenderen Leistungen, sie können auch pflegerische Maßnahmen enthalten.

Die Eingliederungshilfe für Behinderte ist durch das PflegeVG weder in ihrer Qualität noch in ihren finanziellen Rahmenbedingungen verändert worden. Behinderte, die auf Eingliederungshilfe angewiesen sind, haben Anspruch auf diese Leistungen in dem bisherigen Umfang. Wegen der von unterschiedlichen Trägern wahrzunehmenden Aufgabenverantwortung und Kostenzuständigkeit ist aber eine klare Abgrenzung zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte zwingend erforderlich und grundsätzlich auch möglich. Dem steht die aus der Sicht des Behinderten grundsätzlich ganzheitlich zu erbringende Leistung zur Eingliederung nicht entgegen.

In jedem Einzelfall muß der Medizinische Dienst feststellen, welche pflegerischen Hilfen der pflegebedürftige Behinderte benötigt. Für die Zuständigkeit der Pflegeversicherung ist allein entscheidend der Hilfebedarf bei den wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens i. S. des § 14 SGB XI.

Leistungen der Pflegeversicherung können nur in Anspruch genommen werden, wenn im Einzelfall festgestellt ist,

– daß Pflegebedürftigkeit i. S. der PflegeVG vorliegt und welche Pflegestufe gegeben ist, und

– in welchem Umfang neben der Eingliederungshilfe für Behinderte auch eigenständige Pflegeleistungen i. S. der PflegeVG erforderlich sind. Die Begutachtung erfolgt mit Bindungswirkung für den Träger der Sozialhilfe.

Die Abrechnung von Pflegeleistungen im Rahmen des Besuchs von oder des Aufenthaltes in Einrichtungen der Eingliederungshilfe gegenüber der Pflegeversicherung muß den gesetzlichen Vorgaben des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Rechnung tragen. Beim Besuch einer nicht durch Versorgungsvertrag zugelassenen Einrichtung oder bei Fehlen einer Vergütungsvereinbarung zwischen den Pflegekassen und dieser Einrichtung ist eine Abrechnung der tatsächlich erbrachten Pflegeleistungen als

Sachleistung nicht möglich. In diesen Fällen ist allein die Zahlung von Pflegegeld zulässig. Das erscheint auch sachgerecht. Denn in einem solchen Fall können pflegebedürftige Behinderte die notwendigen Pflegeleistungen in der Einrichtung ggf. mit einem Teil des von der Pflegekasse gezahlten Pflegegeldes finanzieren. Bisher haben die Sozialhilfeträger das dem Pflegebedürftigen von ihnen gewährte Pflegegeld im Hinblick auf den Aufenthalt in der Einrichtung um 20% gekürzt. Diese Praxis könnte auch zukünftig als Grundlage für die Beteiligung des Pflegebedürftigen an den Pflegekosten in der Einrichtung gelten, wobei der Prozentsatz entsprechend dem individuellen Pflegebedarf bis zu 20% betragen könnte. Dann wäre gewährleistet, daß zur Sicherstellung der Pflege zu Hause ein angemessener Teil der Leistungen der Pflegeversicherung zur Verfügung steht.

Wird die Pflege in einer Einrichtung, die als ambulanter Pflegedienst oder als teilstationäre Pflegeeinrichtung im Sinne des SGB XI zugelassen ist, erbracht, dann kann die Leistung im Rahmen einer Vergütungsvereinbarung mit den Pflegekassen als Sachleistung abgerechnet werden.

Soweit es um die Abrechnung von teilstationären Sachleistungen geht, kann dies grundsätzlich durch eine Vereinbarung nach § 13 Abs. 4 SGB XI zwischen den Pflegekassen und dem Träger der Eingliederungshilfe erreicht werden. Bevor es zum Abschluß solcher Vereinbarungen kommt, sollten jedoch zunächst die ersten Erfahrungen mit den im Einzelfall in einer Einrichtung notwendigen Pflegeleistungen im Sinne des SGB XI abgewartet werden, um entsprechende Vereinbarungen sachgerecht ausgestalten zu können.

13. Wie begründet die Bundesregierung ihre Auffassung, daß es sich „bei dem Hilfebedarf ‚Rund um die Uhr', der die Beschäftigung mehrerer Pflegekräfte erfordert, nicht um Pflege im pflegeversicherungsrechtlichen Sinne" handelt? (Nach einem Schreiben des BMA vom 17. November 1994)

Das Zitat aus einem Positionspapier des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 17. November 1994 ist nicht vollständig und im übrigen sinnentstellend, da es aus dem Zusammenhang gerissen ist.

Die Textstelle lautet richtig: „Der Hilfebedarf ‚rund um die Uhr', der die Beschäftigung mehrerer Pflegekräfte erfordert, hat meist mit der Pflege im pflegeversicherungsrechtlichen Sinne nichts zu tun." Sie steht im Zusammenhang mit Ausführungen über die Auswirkungen des Zusammentreffens von Eingliederungshilfe mit Pflege und betrifft Pflegebedürftige, die als Arbeitgeber auftreten und zur Deckung ihres Hilfe- und Betreuungsbedarfs mehrere Hilfs- bzw. Pflegekräfte beschäftigen.

Leistungen der Pflegeversicherung setzen voraus, daß Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt. Es muß ein Hilfebedarf bei bestimmten Verrichtungen des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität sowie zusätzlich bei der hauswirtschaftlichen Versorgung gegeben sein (vgl. §§ 14, 15

SGB XI). Hilfebedarf bei anderen als den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen begründet keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflege-Versicherungsgesetzes. Die Sozialhilfeträger können jedoch nach §§ 68 ff. BSHG Aufwendungen für Pflegebedürftige übernehmen, die einen geringeren oder anderen Hilfebedarf als nach SGB XI haben.

In einem Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung an die Interessenvertretung „Selbstbestimmtes Leben" Deutschland e. V. – ISL – vom 25. Januar 1995 ist darauf hingewiesen worden, daß im Hinblick auf das breite Spektrum der von individuellen Schwerstbehinderten benötigten Hilfen bei weitem nicht alle Hilfen der Pflegeversicherung zuzurechnen sind. In der Zwischenzeit sind Einwände hiergegen von der ISL nicht erhoben worden. Das Schreiben vom 25. Januar 1995 hat folgenden Wortlaut:

„Interessenvertretung ‚Selbstbestimmtes Leben', Deutschland e. V. – ISL, Kurt-Schumacher-Str. 2, 34117 Kassel.

Sehr geehrter Herr Frehse,

ich komme zurück auf das mit Bundesminister Dr. Norbert Blüm geführte Gespräch zu Fragen der Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf Behinderte.

Sie haben in diesem Gespräch nochmals Ihre Sorgen und Befürchtungen über negative Auswirkungen für Behinderte dargelegt. Diese Sorgen beziehen sich in der Hauptsache auf die Behindertenbetreuung in Form der persönlichen Assistenz, bei der der Behinderte als Arbeitgeber zumeist mehrerer ‚Assistenten' seine Pflege selbst organisiert und verantwortet.

Aus der Sicht der Pflegeversicherung handelt es sich dabei um einen Fall der selbst sichergestellten Pflege i. S. des § 37 Abs. 1 SGB XI, so daß hier das für die jeweilige Pflegestufe, der der Behinderte zuzuordnen ist, festgelegte Pflegegeld zur (Mit-) Finanzierung der Assistenz zur Verfügung steht.

Ein Anspruch auf Sachleistung besteht bei dieser Form der Pflege und Betreuung nicht.

Im Sachleistungssystem der Pflegeversicherung (ebenso wie in der GKV) werden die Leistungen durch Pflegedienste und andere Pflegeeinrichtungen erbracht, die mit der Pflegekasse einen Versorgungsvertrag i. S. des § 72 SGB XI über die Zulassung zur Leistungserbringung und in der Regel auch einen Vergütungsvertrag abgeschlossen haben. Die Pflegebedürftigen rufen die benötigten Pflegeleistungen bei dem zugelassenen Pflegedienst ab, der Pflegedienst rechnet die erbrachten Leistungen mit der Pflegekasse ab. Die Leistungen werden unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft erbracht, die die Verantwortung für die Qualität und die Organisation der Leistungserbringung trägt.

In dieses bewährte System der Sachleistungen läßt sich das Pflege-Assistenz-Modell nicht einordnen. Weder kann der Pflegebedürftige selbst als Pflegeeinrichtung zugelassen werden, noch kann mit einer oder mehreren bei ihm angestellten Personen ein Einzelvertrag nach § 77 SGB XI geschlossen werden.

Der Pflegebedürftige erfüllt selbst nicht die Voraussetzungen des § 71 SGB XI. Die von ihm beschäftigten Assistenten sind keine ausgebildeten Pflegefachkräfte.

Aber auch individuelle Betreuungsverträge nach § 77 SGB XI mit angestellten Pflegekräften müssen als Lösungsmöglichkeit ausscheiden, weil Kräfte, die bereits in einem Arbeitsverhältnis zu Dritten (hier zum Behinderten) stehen, nicht als Vertragskräfte i. S. des § 77 Abs. 1 SGB XI in Betracht kommen. § 77 SGB XI ist grundsätzlich eng auszulegen, diese Vorschrift kann und darf nicht umfunktioniert werden in eine ,Auffangregelung', die immer dann herangezogen werden könnte, wenn die fachlichen Voraussetzungen für eine Zulassung durch Versorgungsvertrag nicht erfüllt sind; § 77 soll nur dann zum Zuge kommen, wenn in einer abgelegenen Gegend eine Sozialstation nicht vorhanden ist.

Es besteht bei dieser klaren Rechtslage keine Möglichkeit, das Sachleistungssystem durch Auslegung für die etwa 200 bis 500 von Ihnen genannten Schwerstbehinderten, die ihre Pflege im Rahmen des Pflege-Assistenz-Modells selbst organisieren, zu öffnen. Die ,Aufweichung' des Sachleistungsprinzips unter Aufgabe der vom Gesetz dafür festgelegten Bedingungen hätte zur Folge, daß jeder Pflegebedürftige, der zu Hause durch eine Pflegeperson, seiner Ehefrau, Tochter o. ä. gepflegt wird, ebenfalls nur ,Sachleistungen' abriefe und so die für die Sachleistung zur Verfügung stehende wesentlich höhere Leistung beanspruchen könnte. Das Sachleistungsprinzip wäre am Ende, weil sich kein Pflegedienst mehr den Bedingungen für die Leistungserbringung unterordnen müßte. Zudem würden die Finanzierungsgrundlagen der Pflegeversicherung gesprengt, der im Gesetz vorgegebene Beitragssatz würde nicht mehr ausreichen.

Dies bedeutet dennoch nicht, daß Ihr Modell der Pflegeassistenz, das heute in der Regel vom Sozialhilfeträger finanziert wird, nicht weitergeführt werden könnte. Mit der Geldleistung nach § 37 SGB XI steht ein Betrag bis zu 1 300 DM je nach Pflegestufe zur Verfügung, der den Sozialhilfeträger entlastet. Es besteht deshalb für ihn kein Anlaß, das bisher von ihm akzeptierte und finanzierte Pflege-Assistenz-Modell wegen des Hinzutretens einer weiteren Finanzierungsquelle dadurch zu behindern oder gar zu beseitigen, daß der Behinderte entgegen seinem Recht auf Wahl der Geldleistung gezwungen wird, die mit diesem Modell nicht kompatible Sachleistung der Pflegeversicherung in Anspruch zu nehmen. Im Hinblick auf das breite Spektrum der von individuellen Schwerstbehinderten benötigten Hilfen, die bei weitem nicht alle der Pflege zuzurechnen sind, kann keineswegs davon ausgegangen werden, daß immer Sachleistungen im Wert von 2 800 DM zu erbringen wären. In Anbetracht der großen Differenz zwischen den möglichen Leistungen der Pflegeversicherung und den bisher vom Sozialhilfeträger übernommenen Kosten der Pflegeassistenz wäre dies völlig unverständlich.

Ich gehe deshalb davon aus, daß die Pflegeversicherung das Pflege-Assistenz-Modell nicht behindert. Der Sozialhilfeträger wird in Höhe der jeweiligen Geldleistung entlastet.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
gez. Karl Jung"

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333